FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925 — N° 203

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph BELAICHE

Né à Sousse (Tunisie), le 18 Avril 1898

LE SIGNE DU DOUGLAS

DANS LES

RUPTURES DE GROSSESSE TUBAIRE

ÉTUDE CLINIQUE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph BELAICHE

Né à Sousse (Tunisie), le 18 Avril 1898

LE SIGNE DU DOUGLAS

DANS LES

RUPTURES DE GROSSESSE TUBAIRE

ÉTUDE CLINIQUE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.... Pathologie médicale.
BASSET..... Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
BINET..... Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRANCA..... Histologie.
BRULÉ..... Pathologie médicale.
BUSQUET..... Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
CHAMPY..... Histologie.
CHIRAY..... Pathologie médicale.
CLERC..... Pathologie médicale.
DEBRÉ..... Hygiène.
I. de JONG..... Anatomie pathologique.
DUVOIR..... Médecine légale.
ÉCALLE..... Obstétrique.
FIESSINGER... Pathologie médicale.
FOIX..... Pathologie médicale.
GARNIER..... Pathologie expérimentle.
HARVIER..... Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.. Urologie.
HOVELACQUE.. Anatomie.
JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.... Obstétrique.
LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.... Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
LHERMITTE... Pathologie mentale.
LIAN..... Pathologie médicale.
MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
METZGER..... Obstétrique.
MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
MOURE..... Pathologie chirurgicale.
MULON..... Histologie.
PHILIBERT.... Bactériologie.
RIBIERRE..... Pathologie médicale.
RICHET Fils... Physiologie.
ROUVIÈRE.... Anatomie.
STROHL..... Physique médicale.
TANON..... Pathologie médicale.
TIFFENEAU... Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL... Obstétrique.
VERNE..... Histologie.
VILLARET..... Pathologie médicale.
WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
GOUGEROT..... Pathologie médicale.
GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER..... Histologie.
ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Chirurgien à l'Hôpital Broca

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PROUST

Chirurgien à l'Hôpital Tenon

Dont l'enseignement nous a été des plus profitables et qui nous a témoigné sa bienveillance en nous donnant la première idée de ce travail.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Trop tôt enlevé à notre affection.

A LA MÉMOIRE DE MA NIÈCE HILDA NATAF

Emportée à la fleur de l'âge par une cruelle maladie.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS DÉCÉDÉS

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A LEURS FAMILLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

CHAUFFARD

RIBIERRE

FLORAND

LESNÉ

DEVRAIGNE

AVANT-PROPOS

Tous mes remerciements vont à M. Houdard, chirurgien des hôpitaux, qui nous a fourni en grande partie les éléments de cette thèse et qui nous a prodigué ses conseils dans la mise au point de ce travail.

LE SIGNE DU DOUGLAS

DANS

LES RUPTURES DE GROSSESSE TUBAIRE

ÉTUDE CLINIQUE

Le diagnostic de rupture de grossesse ectopique, est dans la plupart des cas facile à établir, mais dans certains autres, il peut être fort hésitant, et c'est justement dans ces derniers cas que le signe du Douglas peut rendre service.

L'opinion couramment admise est que : signe du Douglas = douleur dans le cul de sac postérieur. On se fait ainsi une idée très fausse sur la nature de ce signe, car s'il n'était que cela, on le retrouverait dans presque toutes les maladies qui se développent dans la sphère génitale de la femme et il ne mériterait nullement qu'on lui fit une place à part dans la symptomatologie des ruptures de grossesse tubaire. Mais le signe du Douglas possède des caractères qui lui sont propres, et M. Proust le décrit de la façon suivante :

Douleur profonde jointe à la parfaite dépressibilité du Douglas. Cette douleur a des caractères particuliers. Elle est très vive, pouvant arracher un cri à un malade en plein état de torpeur; elle est spéciale, et il faut aller la chercher à bout de doigt au fond du cul de sac postérieur; elle

ne peut être décelée par le palper bimanuel et celui-ci en outre, ne peut faire apparaître aucune contracture de la paroi abdominale.

Mais cette douleur déjà si spéciale ne suffit pas à caractériser le signe du Douglas. Il faut en outre que le cul de sac postérieur soit parfaitement libre ou tout au plus s'il y a un peu de bombement, qu'il se laisse bien refouler; pas le moindre empâtement, pas la moindre tension ne doivent exister au niveau du Douglas.

DISCUSSION GENERALE DU DIAGNOSTIC

Le signe du Douglas ainsi caractérisé, peut et doit pouvoir rendre service dans les cas douteux; et il suffit de se rappeler les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic de rupture de grossesse tubaire, pour se rendre compte que ces cas douteux peuvent être assez nombreux; ces éléments de diagnostic peuvent être rangés en quatre groupes :

Le premier comprend les antécédents qu'il faut presque toujours arracher à une malade qui ne se les rappelle que d'une façon plus ou moins imparfaite. Ils sont sujets à caution.

Le 2e est formé par les signes d'anémie. D'intensité variable, l'anémie peut égarer le diagnostic.

Dans le 3e, sont réunis les troubles d'origine péritoniale. Ces troubles s'observent constamment, car les épanchements sanguins formés dans l'abdomen retentissent toujours sur le péritoine.

Enfin dans le 4e groupe nous placerons les métrorragies, métrorragies noirâtres et poisseuses peu abondantes, distillantes comme les a appelées Pozzi, ou au contraire rouges et abondantes. Elles peuvent elles aussi, induire en erreur.

Et alors suivant la façon dont ces différents symptômes sont groupés les uns par rapport aux autres, la rupture ectopique peut être confondue avec les salpingites et annexites, la péritonite, ou l'avortement utérin, pour ne citer que les diagnostics les plus fréquents et les plus vraisemblables, car les empoisonnements, les fibromes, présentent peu d'analogie clinique avec la rupture tubaire.

PATHOGENIE

La douleur du Douglas dans les ruptures de grossesse extra-utérine serait comparable à l'hypéresthésie cutanée qu'on observe dans certaines formes de péritonite. Elle semble dûe à l'imprégnation du péritoine par le sang épanché dans la cavité abdominale. Et le sang épanché exalte la sensibilité du péritoine, au point qu'on réveille par le vagin un réflexe analogue à celui que donne au cours des laparatomies, l'attouchement direct du cul de sac postérieur. Il suffit du reste de se souvenir des constatations opératoires habituelles dans la rupture de grossesse tubaire pour comprendre ce qui se passe au niveau du Douglas. Dans une intervention pour inondation péritonéale, après avoir traversé des plans superficiels presque exsangues, on tombe sur un péritoine bleuâtre, imbibé par le sang contenu dans l'abdomen.

C'est cette modification du péritoine, qui, agissant également au niveau du cul de sac postérieur, permet d'en exalter la sensibilité révélée par le toucher profond.

A l'appui de cette thèse, nous pouvons citer les deux observations suivantes : La première, positive, montrera comment, peu de temps après la rupture tubaire et dès la mise en contact du sang avec le péritoine, se manifeste la douleur exquise caractéristique. La deuxième négative, expliquera pourquoi, malgré la présence de sang dans le péritoine le signe du Douglas resta muet.

Observation I

(Hôpital Tenon (service Proust). Op. le 18 octobre 1924)

Malade entrée à l'hôpital pour douleurs abdominales vagues. On soupçonne une grossesse extra-utérine en évolution. D'ailleurs il y a 5 jours environ, douleurs assez brusques et tendances syncopales. La malade est mise en observation.

Le 18 au matin, nouvelle douleur brusque et tendance syncopale. Pas de douleur au Douglas à ce moment, seulement douleur à gauche. Deux heures après, pâleur nette des téguments, ventre douloureux.

Au toucher, Douglas nettement douloureux et dépressible.

Laparatomie : Sang en assez grande abondance dans le péritoine, surtout devant l'utérus. Grossesse isthmique gauche rompue.

Observation II

(Hôpital Boucicaut. Op. le 5 août 1923 (Houdard).

Histoire clinique pas très nette, l'examen physique fait surtout hésiter sur le diagnostic.

Malade mal réglée depuis plusieurs mois ; vers le 15 juillet métrorragies assez abondantes durant 15 jours. Malade extrêmement pâle, pouls très petit et à peine perceptible. Ventre météorisé et douloureux.

Au toucher col mou, fermé. En avant du col on sent une masse dure et très douloureuse. Il est difficile de dire s'il s'agit de l'utérus ou d'une masse intimement collée à l'utérus en avant. Le cul de sac postérieur n'est pas douloureux.

En présence de ces signes d'hémorragie nets, non expliqués par une hémorragie utérine externe, en somme assez peu abondante on pense à une rupture de grossesse extra-utérine un peu anormale.

Laparatomie : Sang et caillots en abondance dans le ventre. La trompe droite gravide est du volume du poing et rompue. Mais la grossesse s'est développée dans une trompe atteinte de lésions anciennes et assez avancées de salpingite dont on retrouve les traces dans tout le petit bassin. Cette trompe est très adhérente à l'utérus au niveau de son fond et à l'appendice. Le cul de sac de Douglas est cloisonné par de vieilles adhérences. Evacuation des caillots, dans lesquels on trouve un fœtus de 3 mois environ.

L'absence de douleur du Douglas est donc expliquée par le cloisonnement du cul de sac postérieur. Le sang n'arrivant pas dans le Douglas, celui-ci ne pouvait pas être douloureux.

LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

ET SES COMPLICATIONS

Nous allons étudier à présent, les cas dans lesquels nous aurons à mettre en évidence, cette hypersensibilité du Douglas.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut classer les grossesses extra-utérines de la façon suivante :

a) Grossesse ovarienne

Externe : Le follicule de De Graaf reste ouvert, et l'œuf vient faire saillie dans le péritoine;

Interne : L'œuf reste inclus dans le follicule qui s'est refermé après sa rupture.

b) Grossesse tubaire

Qui comprend quatre variétés suivant la région dans laquelle l'œuf se développe :

1° Grossesse interstitielle : partie utérine de la trompe.
2° » isthmique : partie interne »
3° » ampullaire : partie moyenne »
4° — infundibulaire : pavillon de la trompe.

c) Grossesse péritonéale

Primitive ou secondaire à une rupture de grossesse tubaire.

Parmi ces grossesses extra-utérines, les unes sont exceptionnelles ou très rares : grossesses ovariennes ou péritonéales, les autres par leur évolution et leurs caractères cliniques peuvent être ramenées à la classification schématique suivante :

1° *Grossesse isthmique*, qui évolue rapidement vers la rupture et l'inondation péritonéale;

2° *Grossesse ampullaire*, dans laquelle les accidents apparaissent plus tardivement sous forme d'hémorragies à répétition évoluant fréquemment vers l'hématocèle rétro-utérine.

Entre ces deux types extrêmes on peut observer beaucoup de cas intermédiaires, mais cliniquement on peut y fair tenir les différents diagnostics possibles d'hémorragies par rupture de grossesse tubaire. Autrement dit, on peut admettre qu'il existe deux types cliniques distincts d'hémorragie dans les ruptures de grossesse tubaire :

L'inondation péritonéale;

L'hématocèle rétro-utérine.

INONDATION PERITONEALE

Ordinairement, une femme en bonne santé apparente est prise brusquement après un effort ou sans aucune cause appréciable de violentes douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs d'abord localisées à un point de l'abdomen, ne tardent pas à se généraliser. Le ventre se ballonne, on peut observer des nausées ou des vomissements. La malade pâlit, le pouls devient faible et précipité. Dans quelques cas on observe une légère élévation de température, du bourdonnement d'oreilles, du vertige, des sueurs froides. La femme présente en somme les signes d'une grande anémie aiguë. Parfois on note un léger écoulement sanguin par le vagin. La femme peut succomber des suites de son hémorragie, mais si celle-ci s'arrête, elle peut se remettre. Malgré cela, son état de santé demeure très précaire si on n'intervient pas, car son hémorragie peut la reprendre d'un moment à l'autre.

Dans cette forme cataclysmique de l'inondation péritonéale, le diagnostic est souvent évident et le signe du Douglas en décelant par le toucher profond, un cul de sac postérieur très douloureux en même temps que dépressible, n'apporte qu'une confirmation de plus à un ensemble symptomatique déjà caractéristique par lui-même.

Mais il est des cas où le diagnostic peut rester assez longtemps hésitant. Ce sont ceux où la femme, avant sa crise brutale, a pu présenter des signes de grossesse et le médecin dans ces cas, peut hésiter entre le diagnostic d'hémorragie consécutive à une rupture tubaire, et celui

d'avortement utérin à tendance syncopale. Sans doute l'évolution de la maladie tranchera le diagnostic, mais s'il s'agit d'une rupture de grossesse ectopique, l'intervention immédiate est la règle, tandis que s'il s'agit d'un avortement de grossesse normale, l'opération serait non seulement inutile, mais nuisible. On n'a donc pas le temps d'attendre et un diagnostic immédiat doit être établi.

Or, dans le cas d'un avortement utérin, le signe du Douglas ne s'est jamais manifesté positivement; l'examen local n'y a jamais provoqué la douleur profonde caractéristique de la rupture tubaire.

Au contraire, dans l'inondation péritoniale, le signe du Douglas par le véritable cri de douleur qu'il arrache à la malade en état de demi-syncope, suffit à lever toute hésitation en faveur de la rupture de grossesse ectopique.

M. Proust, dans son article du 7 août 1920, paru dans le numéro spécial de « *Paris Médical* » : Gynécologie-Obstétrique, pages 113 à 115, rapporte les observations suivantes :

Je me suis trouvé appelé récemment auprès d'une jeune femme qui venait d'être prise de violentes douleurs abdominales après un très léger retard de règles ; elle perdait du sang en abondance par le vagin et était tombée dans un état demi-syncopal qui faisait qu'elle pouvait à peine répondre aux questions.

La nature des accidents faisait croire à son entourage qu'il s'agissait d'un avortement que l'on craignait provoqué. Subballonnement du ventre, aucune contracture des muscles grands droits.

Au toucher vaginal, on constate un utérus mobile, de volume normal et les culs de sac absolument libres et souples. La malade qui est très affaiblie se laisse examiner sans un mot. Mais la palpation profonde du Douglas en refoulant la paroi vaginale postérieure, provoque immédiatement le « cri du Douglas », la malade sort de sa torpeur pour se plaindre.

Le diagnostic est fait. L'intervention immédiate confirme ce diagnostic en nous montrant une rupture très précoce de la trompe gauche avec une grande inondation péritoniale.

Tout récemment les 10 et 11 juin, j'ai eu la confirmation nouvelle de la valeur diagnostique de ce signe, depuis que je le cherche, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années.

Une jeune femme de 29 ans est prise le 29 juin, dans la matinée, de violentes douleurs, sans syncope ; il y a eu un vomissement. A l'interrogatoire, cette malade dit être normalement réglée et avoir eu ses règles le 24 mai. Le ventre est dépressible, quoique légèrement ballonné, le faciès est pâle et décoloré, mais sans refroidissement du nez et de la langue, le pouls est à 150, la température à 37°8.

« On voit en somme qu'il s'agit d'un tableau clinique qui est loin de présenter l'allure typique habituelle des accidents de la grossesse tubaire.

Toutefois la violence de la douleur abdominale, l'absence de contracture, posent le diagnostic de grossesse tubaire malgré l'absence de retard.

Le toucher vaginal fait reconnaître un utérus mobile ; il n'y a aucune tumeur annexielle, mais il y a une hyperesthésie du cul de sac du Douglas.

Ce signe semble suffisant à mon interne, M. Portes pour poser le diagnostic, il s'agit bien d'une rupture de grossesse tubaire. L'intervention montre une perforation de la trompe droite, au milieu de la portion isthmique, avec un épanchement notable de sang dans le ventre.

« Le lendemain, un cas analogue se présentait encore à notre examen. Une femme de vingt-quatre ans entre dans mon service le 11 juin dans le courant de l'après-midi, en se plaignant de violentes douleurs qui l'ont prise dans la matinée. Cette malade qui a fait une fousse-couche en décembre, a depuis été toujours mal réglée. Elle a perdu pendant tout le mois de mai, si bien que la notion de retard est excessivement difficile à apprécier. Depuis la douleur du matin, état nauséeux marqué. Ventre légèrement subballonné, mais sans aucune contracture des grands droits. Le faciès n'est que légèrement pâle, mais le nez est froid.

Au toucher vaginal, culs de sac libres, mais hyperesthésie

considérable du Douglas. Diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

A l'intervention, perforation de l'ampoule tubaire droite, ventre plein de sang. »

Voici d'autre part, quelques observations que mon maître, M. Houdard, a bien voulu me communiquer :

Observation III

(Mme G. service de M. Proust à Tenon. Op. le 4 juil. 1924)

Pas de signes nets de grossesse, pas d'arrêt complet des règles, mais petites pertes très singulières depuis un mois.

Le 3 juillet au matin, début brusque des accidents par une syncope. Vue le 4 juillet à onze heures et demie, la malade présente les signes classiques de grande hémorragie interne : Pâleur extrême, refroidissement très marqué, sueurs froides, douleur abdominale.

Au toucher, culs de sac libres et souples, et douleur vive dans le cul de sac postérieur.

Laparatomie : Inondation péritonéale et rupture de grossesse isthmique.

Observation IV

(Mme Hôpital Saint-Louis, Op. le 17 juin (Houdard)

La malade a fait une fausse-couche, il y a 3 mois. Depuis les règles ont été normales. Les dernières règles sont du 6 juin. La malade est très affirmative pour assurer qu'elles sont normales comme durée et comme quantité et qualité. Avant-hier elle a ressenti quelques douleurs dans le ventre.

Le 17 juin, pendant son service d'infirmière, elle est prise brusquement d'une douleur très vive dans le bas ventre : tendance à la syncope, en même temps métrorragie légère.

La température est à 37°5, le pouls à 84, mais il est un peu faible. L'aspect général est bon.

A l'examen, le ventre à peine douloureux, est un peu

ballonné. On note une légère contracture dans le flanc gauche et de la matité à ce niveau.

Au toucher on trouve un col entr'ouvert et un peu mou, le cul de sac gauche légèrement empâté et douloureux, mais surtout le cul de sac postérieur très douloureux.

Les signes quand on examine la malade, datent de 6 heures, il y a eu récemment un vomissement. Bien que les règles soient absolument normales, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Laparatomie sous-ombilicale : Un peu de sang dans le ventre, grossesse extra-utérine gauche rompue.

Observation V

(Mme 19 ans. Hôpital Charité. Op. le 4 août 1923 (Houdard)

Malade présentée comme appendicite, mais dès qu'on approche on est frappé par sa pâleur. La malade souffre depuis un peu plus de 24 heures.

La douleur a apparu brusquement. Les règles, quand on interroge la malade, se montrent irrégulières depuis quelque temps. Il y a deux mois, elles ont été normales, Le mois suivant il n'y en a pas eu, et quinze jours après, la malade a commencé à perdre assez abondamment. Ces pertes continuent jusqu'à maintenant. Le ventre est un peu météorisé et douloureux. La douleur est un peu vive à la palpation à droite de la ligne médiane.

Au toucher, le col est un peu mou mais surtout douleur très vive au niveau du Douglas qui est libre. La température est à 38°, le pouls faible à 130. Diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

Dès l'ouverture du ventre issue abondante de sang pur et de caillots. Il s'agit d'une rupture de grossesse isthmique tout à fait schématique.

Observation VI

(Hôpital Lariboisière. Op. le 19 janvier 1924 (Houdard)

La malade souffre depuis 6 mois environ, les dernières règles normales sont du 25 novembre dernier. Il n'y a pas

eu de règles le mois de décembre. Mais le 4 janvier, la malade a présenté des pertes assez abondantes durant deux jours avec quelques douleurs dans le ventre et, accompagnées suivant le mari, de pâleur et de tendance syncopale avec un peu d'augmentation du volume du ventre à chaque fois.

Actuellement il existe quelques pertes sanguines depuis 24 heures. La malade à l'examen n'est pas particulièrement pâle, la température est à 38°2, le pouls bien frappé à 108. Le ventre est un peu ballonné et douloureux à sa partie inférieure.

Au toucher, utérus un peu gros, col non ramolli. Le cul de sac postérieur est un peu tendu et surtout très douloureux.

Le diagnostic n'est néanmoins pas très net entre salpingite et grossesse extra-utérine rompue. Avant de se décider à intervenir, on fait avec une fine aiguille, une ponction du cul de sac postérieur. On ramène du sang noir, ce qui impose le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Laparatomie : Sang en quantité moyenne dans le ventre. Il s'agit bien d'une grossesse extra-utérine droite rompue. La trompe gauche est un peu augmentée de volume. (Lésions de salpingite ancienne).

Ici le diagnostic fut moins facile à établir, et moins net à cause des signes de salpingite qui vinrent masquer en partie ceux de la rupture de grossesse tubaire. L'opération montra l'existence de ces deux maladies.

Observation VII

(Hôpital Beaujon. Op. le 6 mai 1924 (Houdard)

Retard de règles de un mois. Le début des accidents remonte à 12 heures auparavant. On observe de la pâleur et du météorisme abdominal.

Au toucher, douleur extrêmement vive dans le Douglas, culs de sac libres.

On pose le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine et on décide l'intervention immédiate.

Laparatomie : Beaucoup de sang et de caillots dans l'abdomen. Il s'agissait d'une grossesse isthmique droite, rompue près de l'insertion utérine de la trompe. Petite perforation.

Observation VIII

(Mme... 34 ans. Hôpital Beaujon. Op. le 30 juin 1924 à 0 h. 30)

(Houdard)

La malade a déjà été opérée il y a deux ans, de grossesse extra-utérine (gauche suivant elle). Les règles qu'elle attendait le 4 juin n'ont pas apparu. Mais quelques jours après, pertes devenant même assez abondantes. Dans l'après-midi du 29 juin, douleurs vives dans le ventre. Quelques sueurs froides, des nausées et vomissements, syncopes.

La malade à l'examen n'a pas l'aspect d'une métrorragique : le pouls est bon, le ventre un peu distendu et douloureux.

Au toucher, la douleur est particulièrement vive dans le Douglas. La malade pousse un cri dès qu'on y introduit le doigt.

Diagnostic de rupture de grossesse tubaire, l'intervention est décidée.

A l'ouverture du ventre, on trouve du sang coagulé en assez grande abondance, beaucoup plus que les signes généraux pouvaient le faire supposer. Il s'agit d'une grossesse isthmo-interstitielle gauche, du volume d'un œuf de pigeon avec une petite perforation lenticulaire.

Observation IX

(Hôpital Tenon (service Proust). Op. le 6 août 1924)

Peu d'histoire clinique. La malade aurait eu un retard de quelques jours au milieu de juillet, puis depuis des pertes faibles et continuelles. Il y a quelques jours, elle aurait ressenti des douleurs assez vives dans le bas-ventre avec tendances à la syncope.

A l'examen, la malade est pâle, le ventre est ballonné et douloureux, sauf dans la région épigastrique.

Au toucher, l'utérus est gros, les culs de sac libres et la douleur vive dans le Douglas.

Diagnostic : Rupture de grossesse tubaire, laparatomie immédiate décidée.

A l'ouverture du ventre, sang dans l'abdomen, rupture d'une grossesse ampullaire avec fœtus de 3 mois environ.

Observation X

(Hôpital Beaujon. Op. le 13 mars 1925 (Houdard)

La malade a eu des règles normales au début de janvier. Au début de février les règles ont été moins abondantes. Pas de règles au début de mars. De temps en temps, elle a eu quelques pertes. La malade ressent en outre depuis quelques mois, des douleurs abdominales se produisant à intervalles irréguliers. Dans la journée du 13 mars, les douleurs ont été plus vives, la malade a fait une syncope. Il y a eu un vomissement. A l'examen, ventre un peu ballonné et douloureux. La température est à 37°5 et le pouls petit à 120-150. La malade est un peu pâle.

Au toucher, on trouve les culs de sac libres. Le cul de sac droit est un peu douloureux, le cul de sac postérieur est très douloureux, la malade pousse un cri dès qu'on introduit le doigt dans ce cul de sac.

Grossesse extra-utérine probable.

Laparatomie : Inondation péritonéale avec poche de grossesse extra-utérine, rompue du côté droit, le tout étant encapuchonné par l'épiploon.

Il y avait une grande quantité de sang dans le ventre, beaucoup plus que ne pouvait le faire supposer l'état de la malade.

Observation XI

(Charité. Op. le 14 mars 1925 (Houdard)

La malade a eu ses dernières règles au début de février, depuis, elle a présenté seulement quelques pertes. La malade au moment où on l'examine, a eu des douleurs très vives dans le ventre quelques heures auparavant, accompagnées de tendances syncopales. On note un peu de pâleur. Le pouls est rapide, le ventre un peu ballonné et douloureux.

Au toucher on trouve un utérus un peu gros et les culs de sac libres, le cul de sac droit est douloureux, mais la douleur est surtout marquée dans le cul de sac postérieur, la malade pousse un cri, dès qu'on y pousse le doigt.

Diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Laparatomie : Beaucoup de sang et de caillots dans le ventre. Grossesse isthmique gauche de petit volume, avec une petite perforation.

Observation XII

Lenormant et Hartmann-Keppel. Gynécologie et Obstétrique, tome VII, p. 282, observ. n° 22

B..., 37 ans, entrée le 10 septembre 1921. Pas de retard de règles. La malade a été prise 5 heures auparavant d'une violente douleur épigastrique, qui s'est étendue ensuite à tout le ventre.

Pâleur, pouls à 80. Douleur à la pression dans le cul de sac postérieur.

Opération immédiate : Sang libre dans le ventre. On extériorise d'abord la trompe gauche qui est ecchymotique et saignante ; on l'enlève puis on examine la trompe droite, c'est celle-ci qui est le siège de la rupture.

Observation XIII

Lenormant et Hartmann-Keppel. Gynécologie et Obstétrique, tome VII, page 282, observ. 23

M... 38 ans, entrée le 6 novembre 1921. Début par une douleur abdominale violente et soudaine dans la soirée du 5. Vomissements, syncope.

Pâleur : le pouls est petit, pas très rapide.

Douleur vive dans le cul de sac postérieur.

Opération immédiate. Grande quantité de sang libre dans le ventre, sans caillots. Aucune tendance à l'enkystement de l'hémorragie. La trompe gauche présente à sa partie moyenne une rupture large comme une pièce de 50 centimes.

HEMATOCELE

D'après la classification qui a été adoptée, la deuxième catégorie des accidents survenant au cours des grossesses tubaires, concerne les avortements ampullaires.

En général, dans la grossesse ampullaire, les accidents se déclarent plus tardivement que dans la grossesse isthmique et aboutissent à la formation d'une hématocile enkystée.

La grossesse ampullaire s'accompagne souvent de signes de gravidité : retard des règles ou diminution du flux menstruel habituel, picotement et gonflement des seins, apparition des tubercules de Montgomery, développement de l'aréole secondaire. La femme peut donc se croire enceinte de grossesse normale, lorsque brutalement les accidents éclatent; à ce moment les signes que l'on constate chez la malade, sont les mêmes que ceux qu'on observe dans l'inondation péritonéale, mais à un degré moins accusé : douleur abdominale et ballonnement, pâleur des téguments, rapidité et petitesse du pouls, vertige, bourdonnement d'oreilles, éblouissements, tendances syncopales, vomissements. Mais un symptôme domine cet ensemble clinique, appelle et retient l'attention du médecin sur lui : la métrorragie, métrorragie noirâtre et poisseuse, peu abondante ou au contraire rouge et abondante, souvent accompagnée de l'expulsion d'un lambeau de caduque. Cette hémorragie avec son débris de caduque, survenant chez une femme ayant présenté un retard de règles parfois assez important, risque d'égarer le médecin dans son

diagnostic. Là aussi, et plus que dans la rupture de grossesse tubaire, l'avortement ampullaire pourra en imposer pour un avortement utérin banal. L'erreur a été commise bien des fois, et par les praticiens les plus avertis. En voici un exemple :

Observation XIV

Lenormant et Hartmann-Keppel. Gynécologie et Obstétrique, tome VII, page 290, observ. 44

T..., 26 ans, entrée le 16 décembre 1922. Retard de règles de six semaines, suivi de métrorragies. On fait le diagnostic de fausse-couche et l'on pratique un curettage utérin. Celui-ci est suivi d'une poussée fébrile et de l'apparition d'une volumineuse tumeur abdomino-pelvienne, occupant surtout le côté droit, mais dépassant la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic. Le diagnostic d'hématocèle est alors évident.

A l'opération, la trompe droite apparaît comme étant le point de départ manifeste de l'hémorragie.

Comme on le voit d'après cette observation, l'évolution de la maladie arrive en général à trancher le diagnostic entre l'avortement ampullaire et l'avortement utérin.

Est-ce à dire qu'il faille attendre que la maladie se déclarât d'elle-même dans un sens ou dans l'autre, pour qu'on lui appliquât le traitement convenable ? Non pas certes ! Car au début de la maladie nous avons un signe qui pourra nous aider puissamment à nous faire une opinion à son sujet; ce signe nous le connaissons déjà, c'est le signe du Douglas.

Le signe du Douglas peu de temps après les accidents se soient déclarés, est le symptôme peut-être le plus constant, fourni par l'examen physique.

A ce moment, la trompe gravide, augmentée de volume,

congestionnée et fissurée, fréquemment prolabée dans le cul de sac postérieur au milieu des caillots formés par l'épanchement sanguin, crie sous le doigt qui la palpe. D'autre part les caillots sanguins, non encore durcis, forment une masse mollasse qui se laisse facilement déprimer. Donc à cette période de la maladie, le signe du Douglas est encore positif. Plus tard, lorsque l'hémorragie s'est collectée, l'utérus s'est immobilisé et on ne peut plus compter alors sur le signe du Douglas pour faire un diagnostic. Mais à cette époque, les signes de l'hématocèle, sont tellement évidents que l'on ne s'y trompe plus.

Voici encore deux observations empruntées au travail de MM. Lenormant et Hartmann-Keppel; l'une de pseudo-hématocèle enkystée, l'autre de rupture ampullaire.

Observation XV

Lenormant et Hartmann-Keppel. Gynéc. et Obstétr., tome VII, pages 290-291, observ. 45

P..., 34 ans, entrée le 30 décembre 1922. Retard de règles de 3 semaines. Crises douloureuses abdominales qui persistent pendant le séjour de la malade à l'hôpital, malgré le repos. Faciès pâle, examen difficile à cause de la contracture abdominale. On reconnaît cependant dans la partie droite du bassin, un empâtement diffus. Le cul de sac postérieur est douloureux, mais ne bombe pas.

Opération le 18 janvier 1923. A l'ouverture du ventre, sous l'épiploon adhérent, et en arrière de l'utérus qui est gros et refoulé en avant, on trouve une masse noirâtre par transparence, on effondre les fausses membranes qui limitent en haut, ce pseudo kyste et on évacue une grande quantité de sang et de caillots. La trompe droite paraît être le point de départ de l'hémorragie.

Observation XVI

Lenormant, Hartmann-Keppel. Gynécologie, Obstétrique, tome VII, page 281, obs. 18

M... 23 ans. Entrée le 19 octobre 1920. Retard de règles de 15 jours. Quelques pertes sanguines depuis une semaine. La malade a été prise brusquement à midi, en faisant un effort d'une très violente douleur abdominale. Pâleur mais pouls à 70.

Le cul de sac postérieur bombe et est très douloureux.

Opération immédiate. Ventre rempli de sang. Rupture de la trompe droite dans sa portion ampullaire.

Le signe du Douglas quand il est positif, élimine donc le diagnostic d'avortement utérin. Mais il existe d'autres affections qui peuvent présenter de la douleur au palper profond du cul de sac postérieur. En voici un exemple :

Observation XVII

Hôpital Bichat, Op. le 16 février 1924 (Houdard)

La malade se présente avec un retard de règles d'un mois environ. Elle a eu seulement quelques pertes de liquide rosé. La maladie a débuté brusquement il y a trois jours, par des douleurs vives dans l'abdomen, avec depuis, arrêt des matières et des gaz. A l'examen, le ventre un peu ballonné est légèrement douloureux. La température est à 39° et le pouls rapide, à 124, est surtout petit, filiforme. Pas de pâleur.

Au toucher, on trouve le col en avant, en arrière de ce col, le cul de sac postérieur est un peu tendu et très douloureux.

Diagnostic hésitant entre grossesse extra-utérine rompue et pelvi-péritonite.

Laparatomie sous-ombilicale : Pas de sang dans le ventre. Adhérences fixant l'épiploon et quelques anses grêles à l'utérus, repoussé en avant. En décollant légèrement, on ouvre une large poche rétro-utérine remplie de séro-pus.

Dans ce dernier cas, le problème posé par la malade, était difficile à résoudre en faveur de l'une ou de l'autre affection. Les signes au moment où la malade fut examinée, remontaient à trois jours. L'arrêt des matières et des gaz, la température élevée pouvaient très bien être expliqués dans l'hypothèse d'une rupture de grossesse tubaire, par la résorption sanguine. D'autre part, le retard des règles et les pertes rosées inclinaient fortement le chirur-

gien vers le diagnostic de rupture tubaire. Seul, contre cet ensemble de signes, non caractéristiques, le signe du Douglas par la tension du cul de sac postérieur, se prononçait contre le diagnostic de rupture tubaire. Le chirurgien n'eut pas assez confiance en lui, il pratiqua l'opération dont on connaît le résultat.

CONCLUSIONS

Le signe du Douglas ainsi décrit par M. Proust : Douleur profonde jointe à la parfaite dépressibilité du cul de sac postérieur, serait presque un signe de certitude dans les ruptures de grossesse tubaire, à la condition toutefois de le bien connaître et de ne pas croire comme on le fait, communément, qu'il consiste uniquement dans un cul de sac postérieur douloureux au toucher. Car il ne faut pas oublier que la douleur du signe du Douglas est une douleur spéciale, très vive, provoquant chez la malade que l'on examine un véritable cri de défense, le « cri du Douglas », et que cette douleur n'a rien de commun avec la douleur des annexites et ovarites, des péritonites, qui a la même intensité au niveau de tous les culs de sac et qui s'accompagne presque toujours de tension, d'empâtement, plus ou moins marqués de ces mêmes culs de sac. Il ne faut pas oublier non plus, que la douleur ne constitue pas à elle seule, tout le signe du Douglas, et qu'elle doit coexister avec un cul de sac parfaitement libre et souple. Ces conditions étant remplies, le signe du Douglas nous paraît être le témoin le plus sûr de l'inondation péritonéale.

Toutefois, il faut que le sang contenu dans l'abdomen arrive en même temps au contact du Douglas, condition nécessaire pour que le signe soit perçu (voir observation n° 2).

Sur les 16 observations signalées dans cette thèse, où le signe du Douglas a été recherché, le signe a été 13 fois positif, 1 fois négatif (observation n° 2) et 2 fois douteux

(observations n° 6 et n° 17). On peut dire que dans ces deux derniers cas, le signe du Douglas n'a pas existé, car en même temps que de la douleur, il y avait de la tension du cul de sac postérieur.

Donc, pour nous résumer, le signe du Douglas mérite de prendre une place prépondérante dans la symptomatologie des ruptures de grossesse tubaire. Chaque fois que cette symptomatologie se sera montrée insuffisante pour baser un diagnostic, le signe du Douglas pourra le faire avec une quasi-certitude, à condition bien entendu qu'on veuille bien s'en servir.

Vu : le Président,

J. L. FAURE

Vu : le doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

R. Proust. — Le signe du Douglas dans les ruptures de grossesse tubaire. *Paris Médical*, 7 août 1920.

Lenormant et Hartmann. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire (Hémato-salpynx, hématocèle, Inondation péritonéale). *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, t. XXXIII, p. 273.

Lenormant et Hartmann-Keppel. — Nouvelle contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire, tome VII, page 273.